

RMTQ : mode d'emploi

Journée scientifique périnatalité / pédiatrie
Hôpital Pierre-Le Gardeur

22 novembre 2013

Magali Breguet, infirmière coordonnatrice
Registre des Maladies Gestationnelles Trophoblastiques (RMTQ)



Objectifs

- Identifier les principales caractéristiques des maladies trophoblastiques
- Intégrer l'importance d'une unité de référence dans la prise en charge des patientes
- Sélectionner les données essentielles des patientes à transmettre au Registre
- Mettre en pratique un partenariat avec le Registre



Histoire des Maladies Gestationnelles Trophoblastiques



Histoire - Résumé

- 460-370 av. JC : Hippocrate de Cos
- 1276 : Margareta, Comtesse de Henneberg
- 1877 : Choriocarcinome (Chiari)
- 1920 : Reconnaissance des hCG comme marqueur
- 1970 : 1er traitement efficace (Hertz, Li, Bagshawe)
- 1973 : Facteurs pronostiques (Hammond, Bagshawe)
- 2002 : Score Staging FIGO



Les bases des Maladies Gestationnelles Trophoblastiques



”… maladies gestationnelles trophoblastiques”

- S’applique aux maladies caractérisées par une prolifération anormale des villosités du placenta
- Caractérisées par un marqueur tumoral distinct, la sous-unité bêta de l'hormone chorio-gonadotrophique (HCG), ou hormone de grossesse
- La pathogénicité est unique parce que la tumeur croît à partir du tissu de gestation plutôt que du tissu maternel.



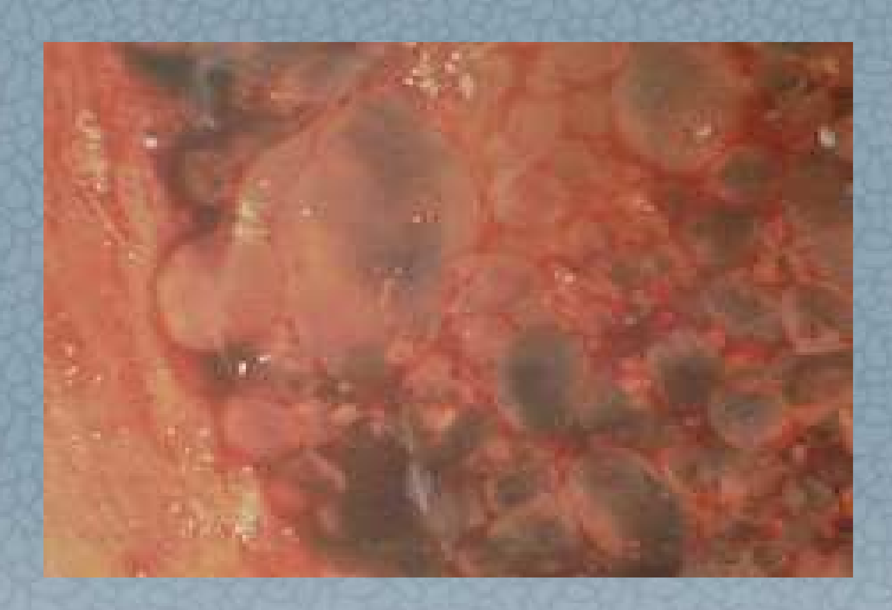
Classification

- Maladies gestationnelles bénignes
  - Réaction exagérée du site placentaire (EPSR)
  - Nodule du site placentaire (PSN)
- Maladies gestationnelles pré-malignes
  - Môle hydatiforme complète (CHM)
  - Môle hydatiforme partielle (PHM)
- Maladies gestationnelles malignes
  - Néoplasie gestationnelle trophoblastique (GTN)*
  - Môle hydatiforme invasive (IHM)
  - Choriocarcinome (CC)
  - Tumeur trophoblastique du site placentaire (PSTT)
  - Tumeur trophoblastique épithélioïde (ETT)

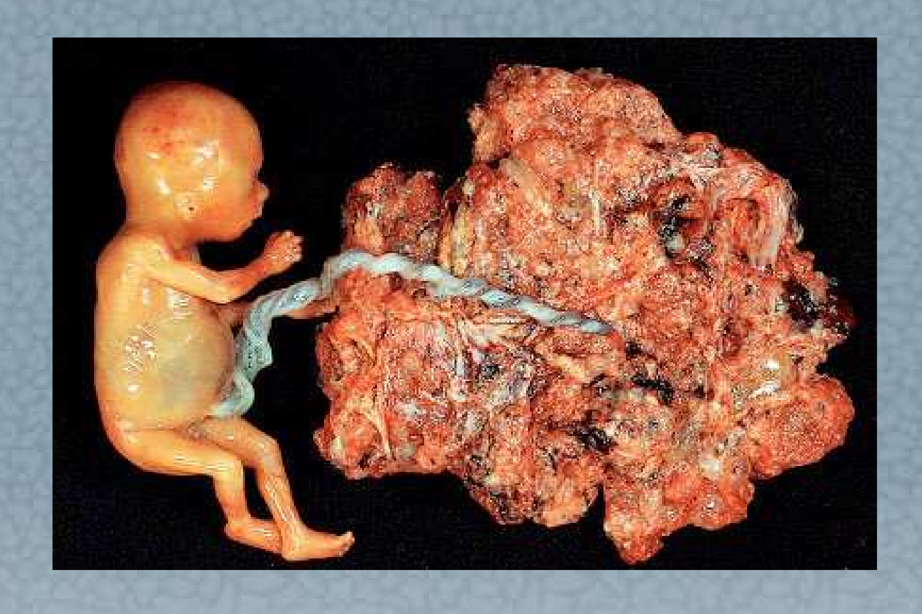
* **Diagnostic non pathologique**

Môles hydatiformes

- Complète (CHM)



- Partielle (PHM)



Photographs from Rosai and Ackerman's Surgical Pathology (Mosby an affiliate of Elsevier Limited Publisher)





Génétique des môles complètes

Mole complète monospermique ~ 80%

23

23

Les chromosomes maternels sont perdus

Les chromosomes paternels se dédoublent

CHM sont 46,XX

23

23

46

CHM sont 46,XX ou 46,XY

23

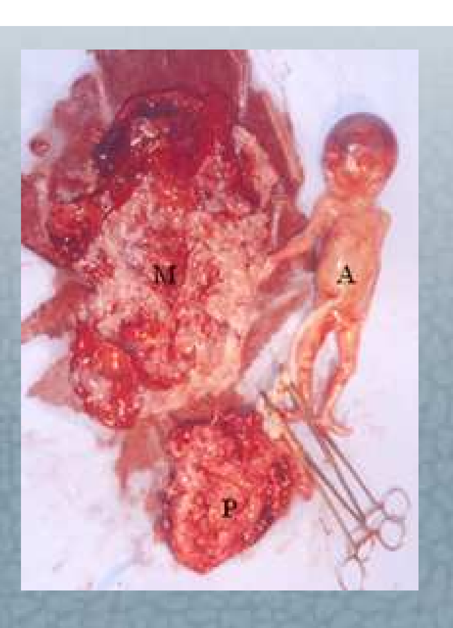
23

23

2 spermatozoïdes fertilisent un ovule

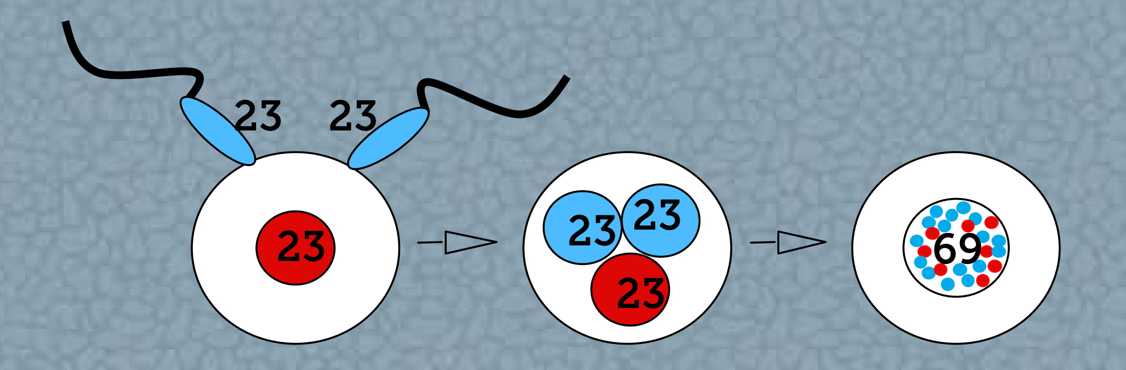
Mole complète dispermique ~ 20%





Génétique des môles partielles

2 spermatozoïdes fertilisent un ovule …



Il en résulte un produit de conception triploïde avec 69 chromosomes

La PHM est dispermique 69,XXX ou 69,XXY (69,XYY = létal)



Contribution du matériel génétique

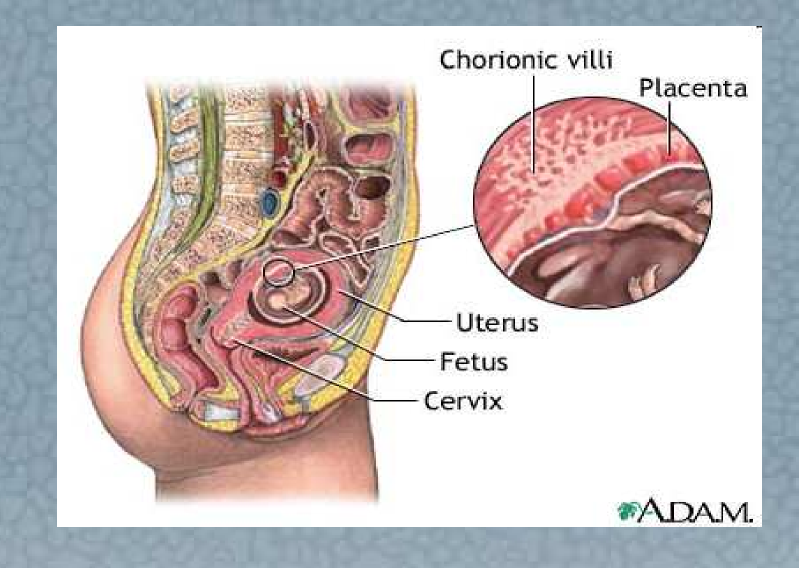
- CHM : Matériel génétique paternel
- PHM : Matériel génétique maternel et paternel
- Le matériel génétique nécessaire pour :
  - Développement du pôle placentaire : paternel
  - Développement du pôle embryonnaire : maternel
- p57^{kip2} (gène d'empreinte 11p15) (Fisher)
  - \+ (PHM, triploïde) et – (CHM, diploïde)



Incidence

~ 1-3 / 1000 grossesses (Europe, USA)

- CHM :
  - dont 45% βhCG > 100,000
  - dont ~ 15% évolueront en GTN
  - et 4% seront métastatiques



- PHM : ~ 3x plus fréquent que CHM
  - dont 0.5% évolueront en GTN

- HM/ jumeau:
  - 1/20,000 – 1/100,000 grossesses



Facteurs de risque

- Âge < 20 & > 40 ans
- Antécédents de môle
- Antécédents d'abortus précoce
- Ethnicité
  - Plus fréquent dans le Sud-est asiatique et Amérique Latine (1/12-500)
  - Population noire : RR x2

- Récurrence :
- 15 - 40 ans : 1/100.
- > 1 HM: 4/100
- > 45 ans: 1/25





Clinique des Maladies Gestationnelles Trophoblastiques



Présentations cliniques

Symptômes	PHM	CHM
Diagnostic	Fausse couche spontanée	Grossesse molaire
Métrorragies	~ abortus	souvent abondantes (51%)
Vomissements	rares	souvent présents (26%)
Taille utérus / aménorrhée	compatible	Augmentée (29%)
β-HCG sérique >100,000 UI/L	rare	Fréquent (45%)
Cœur fœtal	± présent	absent
Survie embryon	env. 8 sem	-
Kystes lutéiniques	rare	Possible (13%)
Pré éclampsie	rare	Possible (1%)
Hyperthyroïdisme	rare	Possible

Mangili et al.2008



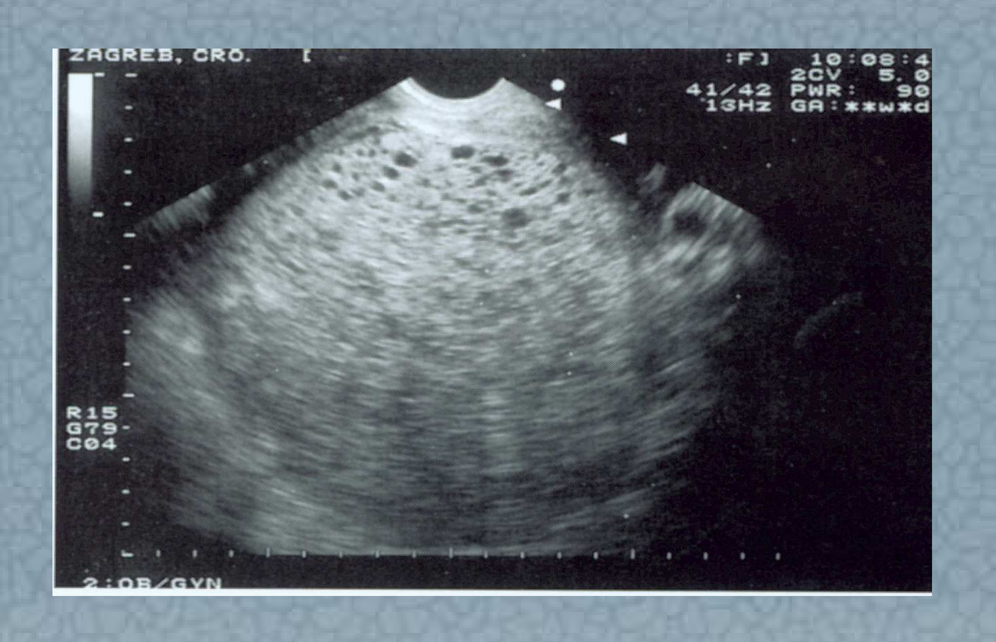
ßhCG durant la grossesse normale

Sem. de grossesse	Taux de ßhCG sérique
3	5 - 50
4	3 - 426
5	19 - 7'340
6	1'080 - 56'500
7-8	7'650 - 229'000
9-12	25'700 - 288'000
13-16	13'300 - 254'000
17-24	4'060 - 165'400
25-40	3'640 - 117'000

Charing Cross



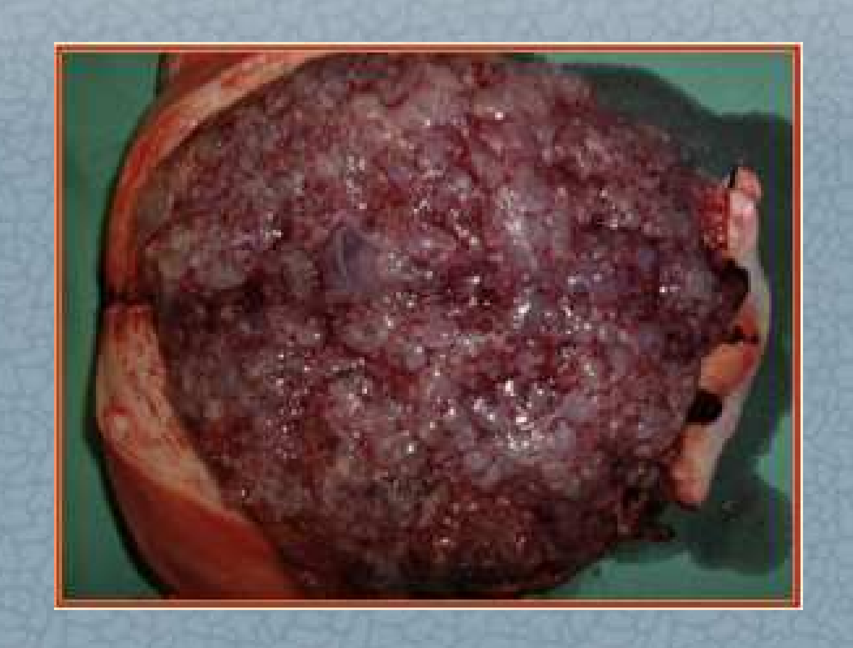
Diagnostic



- Histoire & examen clinique
- Dosage du β-HCG sérique quantitatif
- Échographie pelvienne endovaginale : image classique de «tempête de neige » ou « mie de pain » pour la môle complète
- Tous les examens et investigations sont urgents
- Inscription au RMTQ pour toute môle



Prise en charge des môles



Môle hydatiforme

D&C avec échographie

Échographie

Complet

Incomplet

Bilan clinique, biolo-gique & radiologique

2ème D&C

Stadification

Courbe de ßhCG

Néoplasie selon OMS 2000

Régression normale

Traitement

Suivi clinique

Suivi en cas de môle

- Examen clinique à 1 mois puis q 3 mois
- Contraception (orale de préférence) ad congé
- Suivi <u>dynamique</u> des ßhCG et courbe semi-logarithmique
  - à 48 h. puis q 1 sem. jusqu'à négativation (< 5 UI/L) x 3
  - puis q 1 mois x 6 mois
    - Depuis D&C si βhCG négatif < 56j
    - Depuis date négativation si βhCG négatif en > 56j
- Dépister les récidives selon les critères OMS 2000
- En cas de grossesse ultérieure :
  - Faire une échographie précoce (6-8 semaines)
  - Analyse pathologique du placenta
  - ßhCG à 6 semaines après la naissance





Les Néoplasies Gestationnelles Trophoblastiques

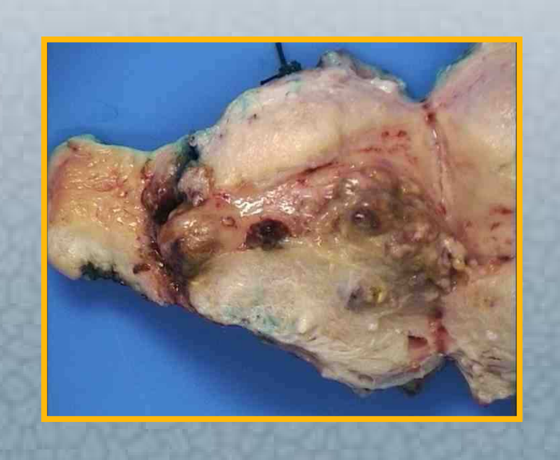


Critères diagnostique des GTN

ßhCG	Durée	Jours
Plateau de 4 valeurs ± 10%	3 sem.	1, 7, 14 et 21
Élévation de 3 valeurs de ≥ 10%	2 sem.	1, 7 et 14
Persistence ßhCG détectables	> 6 mois	---

(Int J Gynecol Obstet 2001; 73 :11)





Investigations en cas de GTN

- Histoire de cas détaillée et familiale
- Examen clinique et saturation O_2
- Échographie endovaginale avec doppler couleur
- Rx poumons et CT-Scan thoracique, RMN abdominale, pelvienne et cérébrale
- ßhCG, FSC, PT, PTT, fibrinogène, BUN, E+, créatinine, AST, ALT, T3, T4, TSH, TSI, groupe, Rh

Stadification FIGO des GTN

Stade	Description
I	Atteinte uniquement de l'utérus
II	Extension hors de l'utérus mais limitée aux structures génitales (annexes, vagin, ligament large)
III	Extension aux poumons avec ou sans atteinte connue du tractus génital
IV	Atteintes de tous les autres sites métastatiques



Score OMS 2000 des GTN

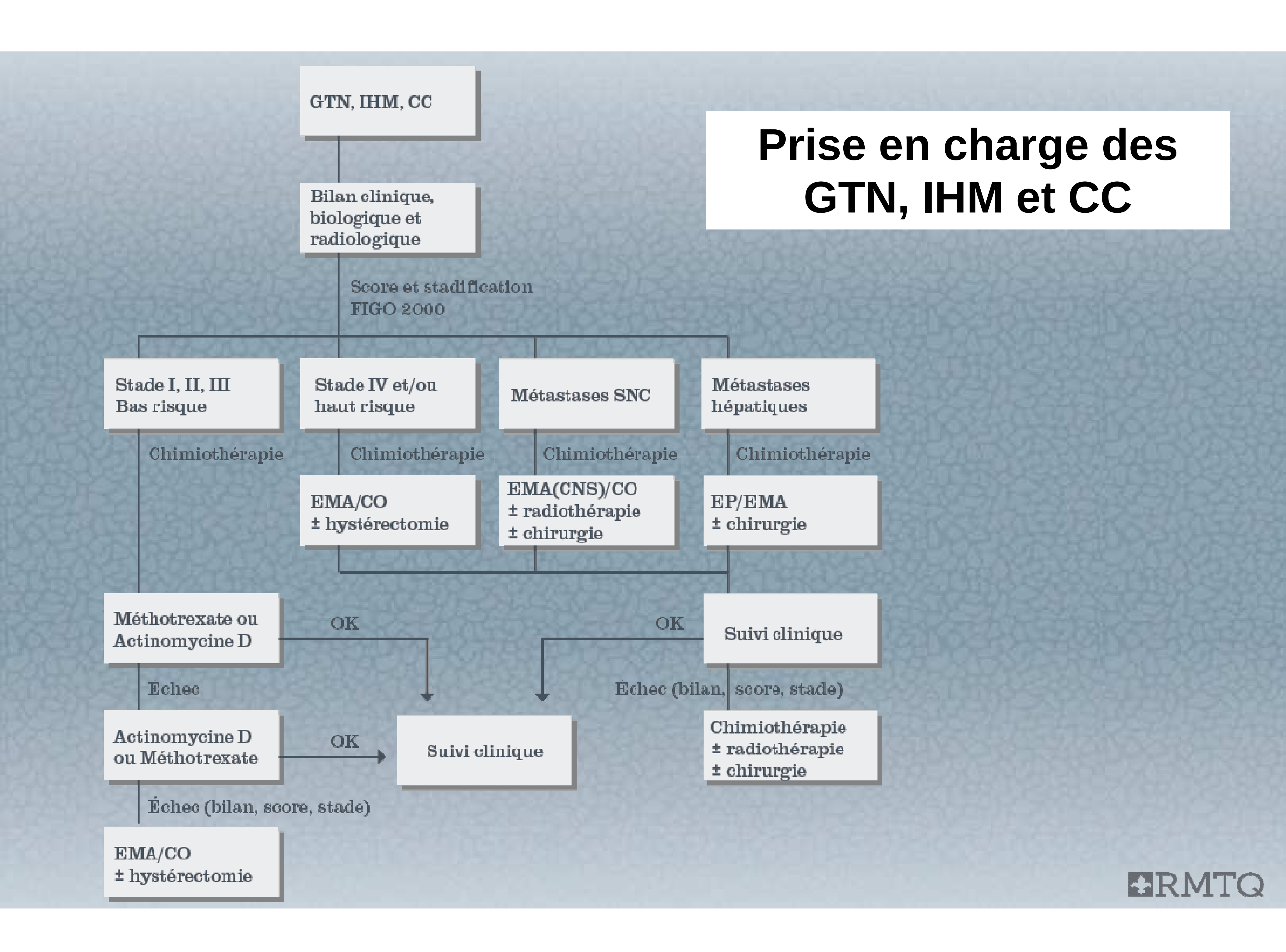
Facteur pronostique	0	1	2	4
Age (années)	< 40	≥ 40	-	-
Grossesse précédente	Môle	Abortus	Terme	-
Intervalle (mois)	< 4	≥ 4 à < 7	≥ 7 à < 13	≥ 13
ßhCG pré-traitement (IU/mL)	$< 10^3$	10^3 - $< 10^4$	10^4 - $< 10^5$	$\geq 10^5$
Ø plus grande tumeur	-	3–5 cm	≥5 cm	-
Sites des métastases	Poumon	Rate, reins	TGI	SNC, foie
Nombre de métastases	-	1-4	5-8	>8
Chimio. précédente	-	-	Monochimio	Polychimio

Bas risque : ≤ 6; Haut risque : ≥ 7

(Int J Gynecol Obstet 2002; 77:285)

Dynamic Score Staging : I:2 → II:5 → IV:16




GTN, IHM, CC
Prise en charge des GTN, IHM et CC
Bilan clinique, biologique et radiologique
Score et stadification FIGO 2000
Stade I, II, III Bas risque
Stade IV et/ou haut risque
Métastases SNC
Métastases hépatiques
Chimiothérapie
Chimiothérapie
Chimiothérapie
Chimiothérapie
EMA/CO ± hystérectomie
EMA(CNS)/CO ± radiothérapie ± chirurgie
EP/EMA ± chirurgie
Méthotrexate ou Actinomycine D
OK
OK
Suivi clinique
Échec
Échec (bilan, score, stade)
Actinomycine D ou Méthotrexate
OK
Suivi clinique
Chimiothérapie ± radiothérapie ± chirurgie
Échec (bilan, score, stade)
EMA/CO ± hystérectomie
RMTQ

Néoplasies

Peut suivre tout type de conception : grossesse normale ou ectopique, fausse-couche, IVG, accouchement à terme ou prématuré...

Choriocarcinome (CC)

- 1/40 grossesses molaires
- 1/30 à 40,000 grossesses



Môle invasive (IHM)

- Forme *a priori* non métastatique

PSTT, ETT

- 0,2% des GTD
- Dx 0-25 ans après grossesse index (métrorragies, ßhCG < 2000)



Survie après néoplasie (GTN)



- Taux de survie : > 98%
  - 50-90 % si non métastatique ou LR
  - 75-90 % si HR

MAIS 10% à 5 ans si métastases cérébrales et hépatiques

- Risque de récidive GTN post chimio ~ 3%
- Fertilité préservée même si HR
- Risque de nouveau cancer après chimio : non significatif



Histoire des Registres



Les registres et unités de référence

- 1973 : UK, mandat du département de la Santé
  - Registre central, 4 centres désignés (Bagshawe, RCOG)
  - ~ 1500 cas / an, 10% vus en clinique
- > 1980 : Hollande, Norvège, Suède, Hongrie, Philippines, France, Provinces indiennes, Australie, Inde, Japon, Pays-Bas, Philippines, Venezuela, Brésil, Chine, Hong Kong, Indonésie, Corée, Norvège, Turquie, USA, …
- 1981 : Canada, Nouvelle Écosse, service de gynéco - oncologie de l'Université Dalhousie (Halifax)
- 2002 : SOGC/GOC clinical practice guidelines #114
  - AH Gerulath, TG Ehlen, P. Bessette, L. Jolicoeur, R. Savoie
- 2009 : RMTQ



“Worldwide Results of Therapy for GTD”

- Objectifs : Déterminer les facteurs qui influencent la prise en charge et la survie des GTD
- Période 1995-2005
- 17 pays, 31 MD spécialistes en GTD
- 25'662 patientes
- 1'165 maladies non classées (GEU, GTN, jumeaux)

EI. Kohorn, Yale University, Gyn Oncol 2009;112: S5 (SGO), ISSTD 2009, Kochi India



Worldwide Results of Mortality

- Mortalité globale (20 centres)
  - Tx primaire avec Unité de référence : 2.1% (59/2'818)
  - Référées après 1ère rechute : 10.6% (149/1'404)

- Mortalité des CHM par pays
  - - UK : 0.02% - France : 0.14%
  - - Hollande : 0% - USA : 1.4%
  - - Brésil : 0.7% - Canada : ?

El. Kohorn, Yale University, Gyn Oncol 2009;112: S5 (SGO), ISSTD 2009, Kochi India



Pourquoi un registre ?

- Rareté des pathologies et éviter :
  - Changements de diagnostic (23.2% Charing Cross, 34% Lyon, 29.4% CHUM)
  - Les D&C répétitifs
  - Les erreurs de suivi (10-15% des GTD → GTN)
- Dosage des βhCG ± centralisé
- Coordonner le bilan d'extension
- Choix adéquats des traitements
- Obtenir des données épidémiologiques au Québec



Histoire du RMTQ



RMTQ : Historique

- 1998 : Recommandation du Programme Québécois de Lutte contre le Cancer (PQLC)
  - Dr J.Dubuc, A Ferenczy, F Letendre, M Plante, MC Rivard, L Souhami, L Tessier
- 2006 : Projet et travaux préparatoires
- 2007 : Développement du logiciel dynamique
- 2008 : Ouverture de l'UMT du CHUM
- 2009 : Ouverture du RMTQ
- 2010 : Partenariat avec Dr R. Slim (MGH, McGill) en recherche fondamentale



Reconnaissances officielles (RMTQ)

- Regroupement des Gynécologues Oncologues du Québec (RGOQ)
- Association des Obstétriciens Gynécologues du Québec (AOGQ)
- Association des Pathologistes du Québec (APQ)
- Association des Médecins Hématologues Oncologues du Québec (AMHOQ)



Objectifs RMTQ

- Optimiser la prise en charge des maladies trophoblastiques au Qc en offrant:
  - Une révision de pathologie
  - Une confirmation biomoléculaire (p57, ploïdie, ADN,...)
  - Une courbe semi-logarithmique (βhCG)
  - Soutien au médecin traitant
  - Support au pharmacien d'oncologie
  - Informations aux patientes
  - Éducation et recherche

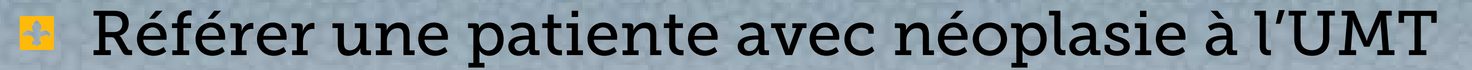


Les rôles du RMTQ et de l'UMT

- Information médicale
  - Dr. Ph. Sauthier ou le fellow ou le patron de garde

- Enregistrement au RMTQ
  - Infirmière coordonnatrice : Magali BREGUET : courriel, Fax, Tél.
  - 1 - Formulaire d'enregistrement (1 page)
  - 2 - Consentement d'enregistrement RMTQ (1 page)
  - 3 - Consentement d'accès au dossier médical (1 page)
    - 4 - Rapport de pathologie
    - 5 - Résultats des βhCG

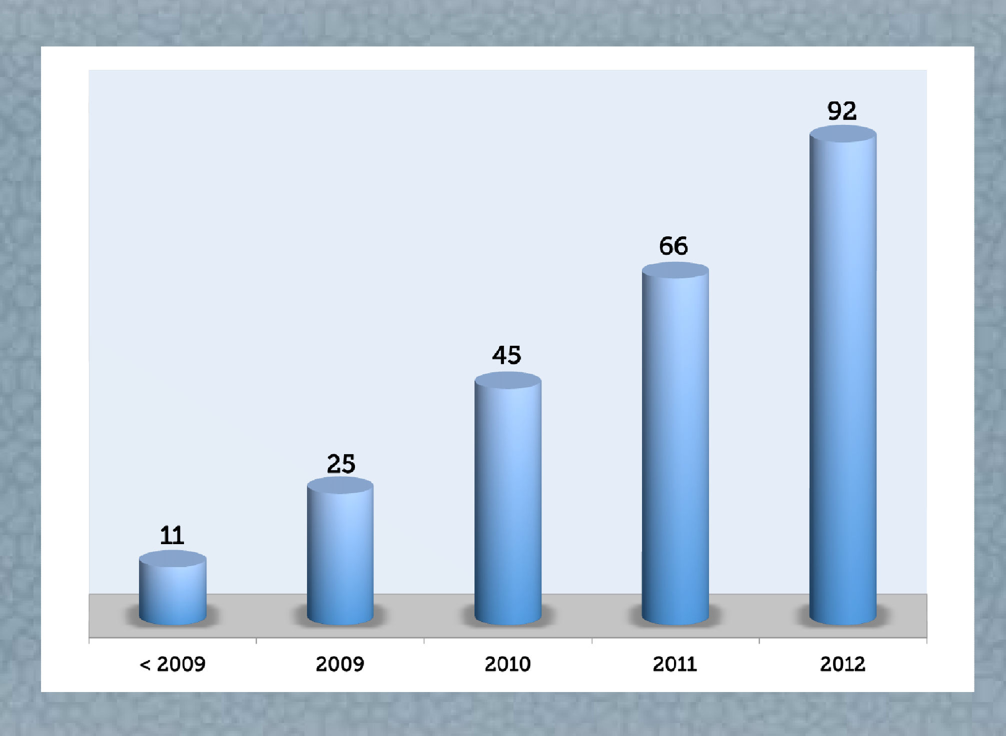




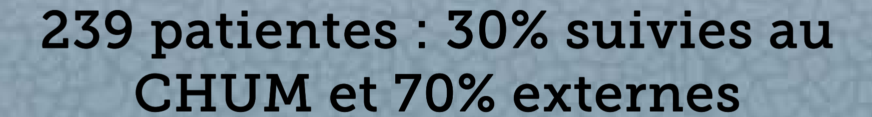
- Référer une patiente avec néoplasie à l'UMT
  - Faxer une demande de consultation avec copie complète du dossier au 514-412-7166
  - Unité des Maladies Trophoblastiques (UMT) q mardi pm



RMTQ 01.01.2009 – 31.12.2012



Nouveaux cas





Informations sur la base d'enregistrements volontaires par les médecins traitants



RMTQ : 2009 – 2012

Maladies	Nombre	Dx	Nombre
Benin	35 (11,6%)	HA	18 (6%)
		EPSR	3 (1%)
		PSN	7 (2,3%)
		Inconnu	7 (2,3%)
Pré-Maligne	199 (66,1%)	CHM	111 (36,9%)
		PHM	82 (27,2%)
		NOS	6 (2%)
Maligne	67 (22,3%)	GTN	46 (15,3%)
		IHM	2 (0,7%)
		CC	14 (4,7%)
		PSTT	3 (1%)
		ETT	1 (0,3%)
		Autre	1 (0,3%)
Total	301		

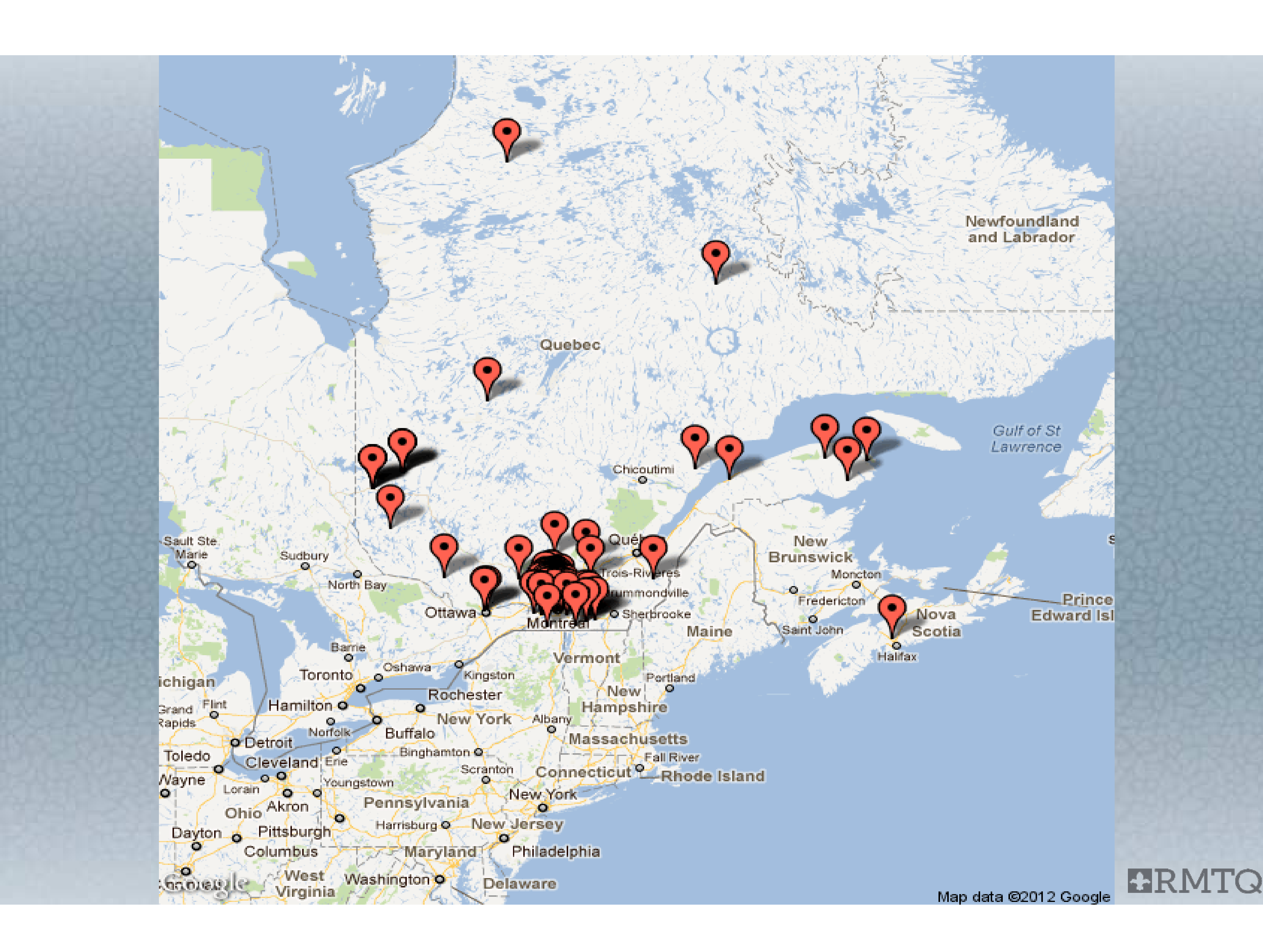
FIGO I/II : 46 (%)

FIGO III/IV : 14 (%)

Bas risque : 48 (%)

Haut risque : 14 (%)





Newfoundland and Labrador
Quebec
Gulf of St Lawrence
Chicoutimi
Sault Ste Marie
Sudbury
North Bay
Trois-Rivières
Drummondville
Ottawa
Montreal
Sherbrooke
New Brunswick
Moncton
Fredericton
Saint John
Nova Scotia
Halifax
Prince Edward Isl
Maine
Vermont
Barrie
Toronto
Oshawa
Kingston
Rochester
Portland
New Hampshire
Hamilton
Grand Rapids
Flint
New York
Albany
Buffalo
Norfolk
Detroit
Massachusetts
Toledo
Binghamton
Fall River
Cleveland
Erie
Scranton
Connecticut
Rhode Island
Wayne
Lorain
Youngstown
Ohio
Akron
Pennsylvania
New York
Dayton
Pittsburgh
Harrisburg
New Jersey
Columbus
Maryland
Philadelphia
West Virginia
Washington
Delaware
Map data ©2012 Google
RMTQ

Registre des Maladies Trophoblastiques du Québec

v2.2

RMTQ

Nom	COMPLETE	N° RAMQ	COMM84590825	Code postal	H2L4M1
Prénom	Molly	Naissance	8-9-1984 24 ans	Vue le	12-4-2010

M1 N2

Maladies | Examens | Labos | Courbe ß-hCG | Traitements | Contacts

Dx (CC) Choriocarcinome

le 10-6-2009 ß-hCG au dx 1 200

N2

MD orienteur

James BOND 00-007

james.bond.chum@ssss.gouv.qc.ca

514-890-8000 514-412-7604

Stadification

Stade	IV autres
Age OMS	0| < 40
Grossesse index	0| Môle
Délai grossesse index	1| 4 - < 7 mois (5 mois)
ß-hCG pré-tx (UI/L)	1| 1'000 - < 10'000
Nbre de métastases	1| 1-4
Site des métastases	1| Rate, reins
Taille max. tumeur	1| 3 - < 5 cm.
Chimio. précédente	2| Monochimiothérapie

Stade FIGO 2002 IV:7 **Haut risque**

Raisons de consultation

MGT	Avortement incomplet
NGT 1	Suivi ß-hCG anormal
NGT 2	Métastase(s)

DDM	21-11-2008 6 sem.	G 1 P 0 A 1	
ATCD de MGT	Non	Gr. gémellaire	Non
Fumeuse	Non	Recherche McGill	Oui
Date du consentement	11-1-2009		

Dossiers

RMTQ	10-000
CHUM	1234567

État du dossier

Suivi

Remarques

Cas de démonstration

Résumé

0c:2 -» III:2 -» IV:7



Registre des Maladies
Trophoblastiques du Québec

v2.2



Feuille sommaire de Mme T. C. ()

M 0 N 1

Date de naissance: 8-2-1984 **N° dossier RMTQ:** 13-039

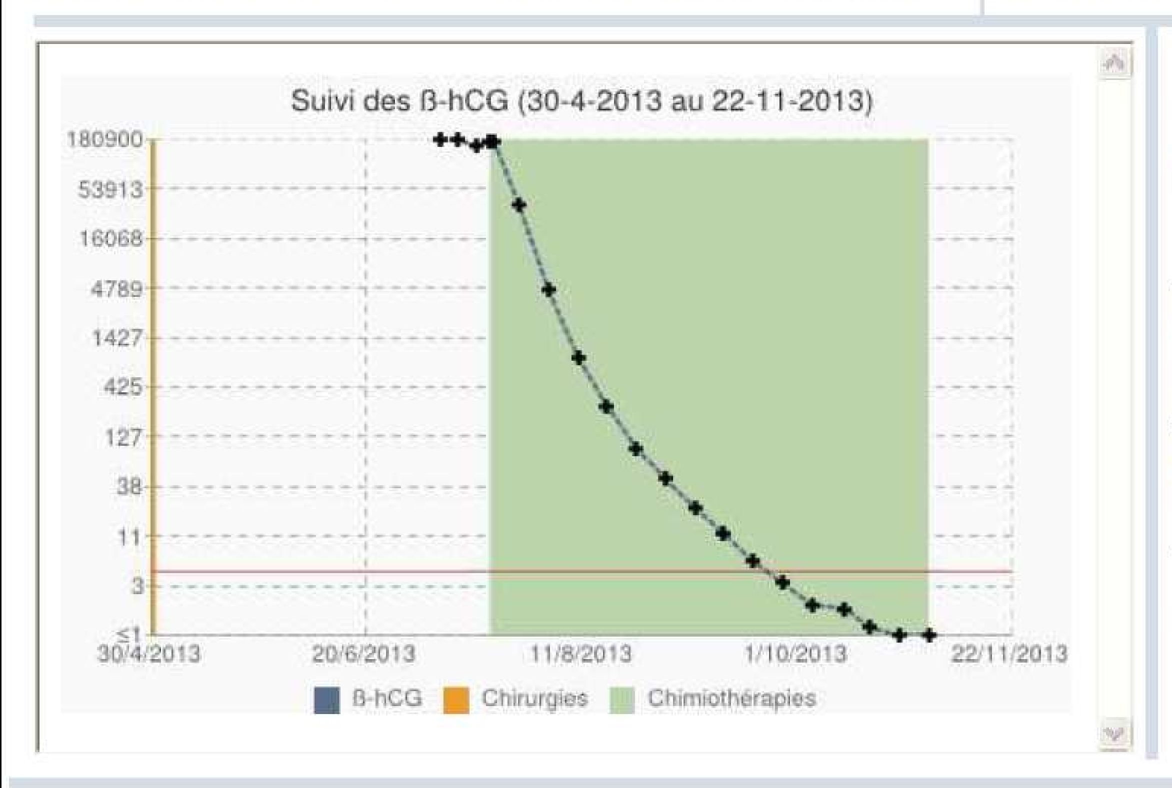
Diagnostic: (GTN) Néoplasie gestationnelle trophoblastique

Date du diagnostic: 8-7-2013 **Stade FIGO 2002:** III:9 Haut risque

Traitement: EMA/CO

Du: 20-7-2013 **au:** 2-11-2013

N^{bre} de cycles : 8



MD: Michaluk Audrey

Bonjour,
Nous vous faisons parvenir la feuille sommaire de votre patiente. Celle-ci résume l'évolution, les traitements et la situation actuelle. Compte tenu des données à ma disposition, je suggère :

Polychimiothérapie terminée
Suivi ßhCG q 1 mois
ad 28-9-2015 (HR = 2 ans)
Suivi clinique q 3 mois au CHUM

Analyses patho x2 de fragments évacués. Conclusions non significatives

En vous remerciant d'avoir transmis les données de votre patiente au RMTQ, je vous adresse mes meilleures salutations.

Philippe SAUTHIER, MD
Gynécologue oncologue RMTQ

Contact: coordo@RMTQ.ca **Site internet:** www.RMTQ.ca **Date:** Vendredi, 22 novembre 2013

Site Web RMTQ : rmtq.ca

FRA

Registre

des maladies trophoblastiques du Québec

- RMTQ
- Professionnels
- Patientes
- Enregistrez votre patiente !

HON @ CODE CERTIFIÉ 03/2012

Ce site respecte les principes de la charte HONcode. Vérifiez ici.

Site financé par le Regroupement des Gynécologues Oncologues du Québec

RMTQ

Contact | A propos | Recherche | Dons | Plan du site | Conception : L'abricot | ©2011 RMTQ









ROGERS 16:27 73 %

RMTQ » Quebec Trophoblastic Disease Registry

www.rmtq.ca/en/rm Lecteur Google

RMTQ

Rechercher...

Menu

Quebec Trophoblastic Disease Regi...

Professional Workers

Patients

E-mail

Nous Joindre

RMTQ



OUR GOAL

Our goal is to optimize the management of gestational trophoblastic diseases and neoplasias in Québec.

By registering your patient, RMTQ provides you with:
- A pathology review
- A biomolecular confirmation
- A semi-logarithmic curve (ßhCG)
- Support for the attending physician
- Support for oncology pharmacist
- Information for patients
- Education and research

CLASSIFICATION

BENIGN GESTATIONAL DISEASES
Hydropic abortion (HA)
Exaggerated placental site reaction (EPSR)
Placental site nodule (PSN)

PRE-MALIGNANT GESTATIONAL DISEASES
Partial hydatidiform mole (PHM)
Complete hydatidiform mole (CHM)

MALIGNANT GESTATIONAL DISEASES
A) Non histologic diagnosis
Gestational trophoblastic neoplasia (GTN)
B) Histologic diagnosis
Invasive hydatidiform mole (IHM)
Choriocarcinoma (CC)
Placental site trophoblastic tumour (PSTT)
Epithelioid trophoblastic tumour (ETT)

MANAGEMENT

PRE-MALIGNANT DISEASES (MOLAR PREGNANCIES)
- Suction evacuation, preferably under echoguiding, if not control ultrasound 8-10 days after D&C
- 2nd evacuation in case of retention > 17 mm
- Staging: Lung Rx
- Oral contraceptive (preferably)

BLOOD ßHCG MONITORING:
q 1 week until negative reaction (< 5UI) then:
- If negative reaction in < 56d, ßhCG q 1 month x 6 after D&C
- If negative reaction in > 56d, ßhCG q 1 month x 6 after negative reaction

FOR ANY SUBSEQUENT PREGNANCY
- Perform early ultrasound (6-8 weeks)
- ßhCG at 6 weeks after the end of pregnancy

MALIGNANT DISEASES

GTN DIAGNOSIS	Duration	Days
ßhCG Elevation ≥ 10%	q 1 week x 3	1, 7 and 14
Plateau ± 10%	q 1 week x 4	1, 7, 14 and 21
Persistence	> 6 months post evacuation	

STAGING (emergency)
- Lung radiography
- Thoracoabdominal CT-Scan
- Endovaginal ultrasound with color Doppler and/or pelvic MRI
- CNS Scan or MRI

TREATMENTS
Stage I, II, III low risk (≤ 6) : Monochemotherapy (Methotrexate or Actinomycin D)
Stage I, II, III high risk (≥ 7) or stage IV: Polychemotherapy (Ex. EMA/CO, EMA/EP)

BLOOD ßHCG MONITORING
q 1 week until negative reaction (< 5 UI/L) then :
- q 1 month x 12 if low risk (≤ 6)
- q 1 month x 24 if high risk (≥ 7)

FIGO STAGING

I	Uterus
II	Pelvis
III	Lungs*
IV	Metastasis

*On pulmonary radiography and not on CT

FIGO 2000 SCORE

Score	0	1	2	3
Age	< 40	≥ 40		
Previous pregnancy	mole	abortus	term	
Interval (month) *	< 4	4 - 6	7 - 12	≥ 13
ßhCG pre-treatment	< 10³	10³ - < 10⁴	10⁴ - < 10⁵	≥ 10⁵
Ø tumour		3 - 5 cm	≥ 5 cm	
Metastasis sites	lung	spleen, kidney	gastrointestinal tractus	CNS, liver
Number of metastasis	0	1 - 4	5 - 8	> 8
Previous Chemo			Mono	Poly

*Time between pregnancy index and start of chemotherapy
Low risk : ≤ 6; High risk : ≥ 7
PSTT are excluded from the score

IN PRACTICE

TO REGISTER A PATIENT WITH RMTQ

The 3 following documents must be filled out and signed by the patient and then sent to our attention:
1. Registration form
2. Registration consent
3. Consent to access medical record

Attach the pathology report and ßhCG monitoring.

These documents are available on line at www.rmtq.ca

CONTACT
Magali Breguet, nurse coordinator
Philippe Sauthier, MD gynecologic oncologist
Phone : 514-890-8000 # 24729
Fax : 514-412-7604
Email : coordo@rmtq.ca

ADDRESS
Registre des Maladies Trophoblastiques du Québec
Hôpital Notre-Dame, CHUM
Pavillon Louis Charles Simard, door Z-1903
1560, Sherbrooke East
Montreal (Quebec)
H2L 4M1

REFERENCES
www.rmtq.ca
www.slimlab.mcgill.ca
www.isstd.org

INFORMATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES ET NÉOPLASIES GESTATIONNELLES TROPHOBLASTIQUES

RMTQ

INFORMATION ON MANAGEMENT OF GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASES AND NEOPLASIAS

Financé par le Regroupement des gyne´cologues oncologues du Que´bec (RGOQ) »



Tropho Canada – Réalité ?

- GOC : Opportunité de développer une collaboration nationale autour des maladies trophoblastiques ?
- Nouvelles lignes de conduites SOGC / GOC ?
- Registre provincial ou national ?
- Un modèle de registre canadien « 4-régions » ?
  - Western Canada : 10.3 M
  - Ontario : 12.8 M
  - Québec : 8.0 M
  - Maritimes : 2.3 M



- Organisation de ISSTD 2019 Toronto



Conclusions

- Parce que rares, le suivi des maladies trophoblastiques doit être rigoureux et centralisé.
- Le Registre ne soigne pas, mais il a une mission de soutien, d'enseignement, de prévention et de recherche !
- L'infirmier(ère) est essentielle pour :
  - accompagner les patientes et soutenir leur compliance
  - permettre un réseautage des ressources
  - motiver les équipes et les patientes pour les projets de recherche
  - garantir une qualité des soins

La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose que pierre. Mais de collaborer, elle s'assemble et devient temple.

Antoine de Saint-Exupéry




Merci !

Références

- Seckl M., Sebire N.J., Fisher R.A., Golfier F., Massuger L., Sessa C., (ESMO Group) (2013). *GTD: ESMO Clinical Practice Guidelines For Diagnosis, Treatment and Follow up,* Annals of Oncol 00:1-12
- Bess, K.A., Wood, T.L. (2010). *Trophoblastic Disease*, Chapter 10 in Site-Specific Cancer Series: Gynecologic Cancers, pp113-125. Ed. Almodrones-Cassidy. Oncology Nursing Society, Pittsburg.
- Jeffrey, J. (2008). *Gestational Trophoblastic Disease*. Resident Teaching PPT, Queen's University.
- Jeffrey, J. (2008). *Phase IIE Lectures, Gestational Trophoblastic Disease,* PPT, Kingston General Hospital.
- O'Flaherty, C. (2010). *Gestational Trophoblastic Disease*. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. SGNO Annual Conference.
- Otto, S.E. (2001). Gynecologic Cancers in Oncology Nursing, 4th Ed. pp 270-272., Mosby, St. Louis.
- Vogt Temple, S., Umstead, C.H. (2005). *Nursing Care of the Client with Cancers of the Reproductive System, Chapter 26*, p 570-572, in Core Curriculum for Oncology Nursing, 4th Ed. Eds. Itano, J.K. & Taoka, K.N. Oncology Nursing Society, Elsevier Saunders, St. Louis.
- Woods Bunch, P. (2009). *Gestational Trophoblastic Neoplasia*. Gynecological Cancer, p77-79 in Oncology Nursing Advisor: A comprehensive guide to clinical practice. Eds Newton, S., Hickey, M. & Marrs, J. Mosby Elsevier, St. Louis .





Registre des Maladies Trophoblastiques du Québec

CONSENTEMENT D'ENREGISTREMENT AU RMTQ

Je, soussignée …………………………………………………………………………….. accepte que mon dossier soit inscrit au **Registre des Maladies Trophoblastiques du Québec** (RMTQ) situé au CHUM à Montréal. J'ai lu et compris la lettre d'information qui m'a été remise et j'ai la possibilité de poser toutes les questions complémentaires que je souhaiterais.

Je sais que je peux retirer mon consentement à tout moment et que cela ne remettra pas en cause la qualité des soins dont je bénéficie.

J'accepte que les données enregistrées au RMTQ puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. J'accepte que tout médecin ou professionnel agréé ait accès à mon dossier dans le respect le plus strict de la confidentialité et du secret médical.

J'accepte :

- De faire don de tout ou partie des prélèvements sanguins ou de tissus à des fins de diagnostic.
- Que les méthodes d'analyse puissent faire appel, si nécessaire, à des techniques de génétique ou de biologie moléculaire.

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de ces procédures et leur finalité.

Fait à ______________________, le ________________________

Nom de la patiente (lettres moulées) | Nom du médecin (lettres moulées)

Signature de la patiente | Signature du médecin

Consentement à retourner au RMTQ / Dr Ph. SAUTHIER à l'adresse ci-dessous.

RMTQ – HND/CHUM – Porte Z-1903
1560, rue Sherbrooke E - Montréal, Qc, H2L 4M1

- L'enregistrement au RMTQ ne remet pas en question la responsabilité du médecin traitant
- Outil d'informations actualisées soignant / patient
- Travail en équipe rassurant pour tous
- À faire signer au médecin et à la patiente
- À transmettre au RMTQ



FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT RMTQ	Étiquette / Carte Hôpital
PATIENTE	
Nom : ________________	
Prénom : ________________	Date de naissance: __.____.____
N° RAMQ : ________________	Code postal: ________________
# Tél (jour): ________________	Courriel : ________________

DIAGNOSTIC ET CLINIQUE

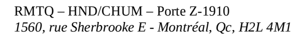
DDM (GTD) :	____.____.______	G : __ P : __ A : __	
Diagnostic : ________________		Groupe sanguin / Rh : ________	
Date du dx :	____.____.______	ß-hCG au dx : _____	
Présentation clinique	☐ Métrorragies ☐ Kystes lutéiniques ☐ Utérus agrandi (> DDM) Taille : _____ semaines	☐ Suivi ß-hCG anormal ☐ Avortement incomplet ☐ Échographie anormale ☐ Autre : ____________	

TRAITEMENTS

CHIRURGIE	**DATE** *(jj.mm.aaaa)*	**HÔPITAL**
☐ D&C *(1er traitement)*	____.____.______	________________
☐ Autres : ________	____.____.______	________________
Chimiothérapie : ________________		Date : ___.___.______

MÉDECIN ORIENTEUR

Nom: ________________	N° de pratique : ________________
Tél : ________________	Fax: ________________
Courriel : ________________	


RMTQ – HND/CHUM – Porte Z-1910
1560, rue Sherbrooke E - Montréal, Qc, H2L 4M1

Formulaire_enregistrement_2013
www.rmtq.ca

- PLAQUER (coordonnées de la patiente)
- Inscrire le tél. de jour (cell. ou travail) et le courriel
- Les données cliniques sont précieuses pour l'évaluation du risque …
- Inscrire les DDM avant Dx (datation grossesse)
- Dx suspecté important (pour révision de pathologie)
- β-hCG au D&C





Registre des Maladies Trophoblastiques du Québec

CONSENTEMENT D'ACCES AU DOSSIER MÉDICAL

Concerne : NOM : ______________________________

PRÉNOM : ______________________________

RAMQ : ______________________________

DOSSIER (si connu): ______________________________

Je, soussignée (nom, prénom)______________________________

autorise les archives de l'hôpital ______________________________

à fournir les renseignements suivants au Dr Ph. SAUTHIER.

Tout élément susceptible de documenter un diagnostic de maladie ou néoplasie gestationnelle trophoblastique (ex. môle hydatiforme) me concernant :

- **TOUS** les dosages de β-hCG connus à ce jour
- Protocoles opératoires (gynécologiques, chirurgicaux, …)
- Rapports de pathologie, immunohistochimie, caryotype, cyto-génétique, …
- Rapports d'examens radiologiques (imagerie conventionnelle, Scan, IRM, …)
- Prescriptions de chimiothérapie(s), dates de début et de fin de traitements

Ces informations seront traitées dans le respect le plus strict de la confidentialité et du secret médical. Elles ne seront pas diffusées sans mon autorisation.

J'autorise les archives à transmettre au RMTQ/Dr Sauthier tous les résultats de laboratoire, consultations et examens à venir à ce sujet pour une période de un (1) an à compter de la date de signature.

______________________ ______________________

lieu et date Signature

Autorisation à retourner au RMTQ / Dr Ph. SAUTHIER à l'adresse ci-dessous.

RMTQ – HND/CHUM – Porte Z-1903
1560, rue Sherbrooke E - Montréal, Qc, H2L 4M1

- Inscrire les données de la patiente ou PLAQUER

- Prévoir le nom de TOUS les hôpitaux ou médecins concernés par le Dx en cours

- S'informer de TOUTE histoire antérieure de GTD et de son lieu de prise en charge

- Expliquer l'importance du suivi ± 6 mois post diagnostic à la patiente (lien facilitant avec les archives = fondamental)

RMTQ